Rok XXXVIII. Kraków, 14 Stycznia 1899. Nr. 2.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 14 Stycznia 1899. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek operacyi wągra podsiatkówkowego *(cysticercus subretinalis* [1]*)*.

Podał

Dr. Med. Br. Zieminski,

Ordynator Instytutu oftalmicznego w Warszawie.

Przypadek wągra podsiatkówkowego, który zamierzam opisać, z wielu względów zasługuje na uwagę baczniejszą, chociażby już dla tego, że był spostrzegany przez szereg miesięcy, że jest zaledwie drugim, znanym w literaturze przypadkiem istnienia wągra pod siatkówką w obu oczach [2]), wreszcie, że jest pierwszym w Królestwie Polskiem przypadkiem operacyjnego usunięcia wągra podsiatkówkowego.

Częstość wągra ocznego nie tylko w Królestwie Polskiem, lecz i w całem Państwie Rosyjskiem nie jest bynajmniej znaczną w porównaniu ze statystyką, nawet czasów ostatnich, — już po wprowadzeniu nadzoru weterynaryjnego w rzeźniach, — zebraną z materyału klinicznego w krajach najbardziej obfitujących w przypadki wągra ocznego; mam tu na myśli statystykę, ogłoszoną w tym kierunku w Prusach (Berlin), Saksonii, Turyngii, a po za Państwem Niemieckiem — w Portugalii i w Sycylii. — Z pracy A. G. Lutkiewicza, umieszczonej w marcowym (12-ym) numerze pisma rosyjskiego „Wracz" z r. 1898, widzimy, że od roku 1860 do 1897 włącznie spostrzegano w Rosyi 37 przypadków wągra ocznego, a z tej liczby 29 razy wągr tkwił w tylnym odcinku gałki ocznej, niemal w równej liczbie przypadków w ciałku szklistem i pod siatkówką. Jak rzadkiem zjawiskiem bywa wągr w klinikach i szpitalach rosyjskich, można przekonać się z orzeczenia Schroedera, który twierdzi, że w głównym szpitalu ocznym w Petersburgu, w przeciągu lat 30 (1859—1889) wśród 370,000 chorych przychodnich, spostrzegano zaledwie dwa przypadki wągra ocznego. W Kijowie (Chodin) w przeciągu 14 lat (1871 do 1885) z liczby około 35,000 chorych ocznych, nie było ani jednego przypadku tego pasorzyta. W Kazaniu (Adamiuk) zaznaczono zaledwie jeden przypadek na 50,000 chorych ocznych i to u osoby przyjezdnej. W klinice uniwersyteckiej w Moskwie spostrzegano trzy przypadki wągra ocznego na 15,000 chorych (od października 1892 r. do 1 stycznia 1898 r.). Z tych zestawień statystycznych wynika, że wągr oczny nader rzadko bywa spostrzegany w Rosyi. Dałoby to się wytłómaczyć faktem, że w wielu okolicach Rosyi tasiemiec (taenia solium) należy do rzędu pasorzytów tylko wyjątkowo napotykanych. W Petersburgu najczęściej ma się do czynienia z brózdogłówcem szerokoczłonkim (botriocephalus latus), a we wschodniej Rosyi europejskiej z innym pasorzytem, mianowicie z tasiemcem przewierconym (taenia mediocanellata). Rzecz dziwna, że w Warszawie, gdzie, o ile mi wiadomo, ze wspomnianych pasorzytów właśnie tasiemiec długoczłonki (taenia solium) bywa najpospolitszym okazem, również niezmiernie rzadko napotyka się wągra ocznego, jak to przekonujemy się z wieloletnich ksiąg chorych w ambulatoryum Warszawskiego Instytutu oftalmicznego, oraz z orzeczeń kolegów okulistów warszawskich. Dokładne liczby statystyczne, co do przypadków wągra ocznego, spostrzeganych w Warszawie, niebawem ogłosi asystent mego oddziału, Dr. Bronisław Wagner.

Wreszcie zaznaczyć muszę, że tak statystyka jak i doświadczenie osobiste przekonały mię, że wągr oczny najczęściej bywa napotykany u kobiet, należących do uboższej warstwy ludności.

W m. wrześniu roku 1897 zgłosiła się do mego ambulatoryum w Warszawskim Instytucie oftalmicznym Kazimiera B., żona szewca, lat 30 licząca, z powodu prawie zupełnej utraty wzroku w oku prawem.

Chora nigdy nie przechodziła poważniejszych chorób. Przed 6-ciu laty wyszła zamąż; po sześciu miesiącach mąż jej zmarł wskutek gruźlicy płuc. Trzy lata temu ponownie wstąpiła w związki małżeńskie. W miesiącu lutym roku zeszłego szczęśliwie powiła syna, którego sama wykarmiła. Na święta Wielkiej Nocy r. 1897 kupiła szynkę po bardzo taniej cenie; szynka ta okazała się niedobrą w smaku; »zanim postanowiono ją wyrzucić, cała rodzina kosztowała (ową szynkę), chcąc się ostatecznie przekonać o jej wartości«. Jednak ani chora, ani jej mąż, ani nikt z domowników dotąd nie doznał żadnych objawów, zwykłych przy obecności tasiemca w ustroju. W sierpniu r. 1897 chora bez jakichkolwiek bólów uprzednich doznała nagle „zaćmienia" wzroku w oku prawem w postaci siatki, z dnia na dzień bardziej gęstej, zasłaniającej przedmioty, w które się wpatrywała. W kilka tygodni potem, w m. wrześniu zgłosiła się do mnie z powodu zupełnej niemożności dopatrzenia nawet własnych palców po zasłonięciu oka lewego.

Przedsięwzięte wówczas badanie oczów, wykazało: W oku prawem tylko poczucie światła przy dobrej projekcyi w całem polu widzenia, prócz jego okolicy dolno-nosowej; chora nie dostrzega nawet ruchów ręki w najbliższem oddaleniu od oka. Zewnętrzne wejrzenie tego oka i napięcie gałki prawidłowe. Powieki, przewody łzowe, spojówka i rogówka, w stanie prawidłowym. W komórce przedniej nie widać żadnych zboczeń. Źrenica o rozmiarach prawidłowych, wolna, oddziaływa nieco leniwiej na światło, aniżeli w oku lewem. Soczewka najzupełniej przeźroczysta. Wziernikiem stwierdza się w ciałku szklistem nieruchome zmętnienie w postaci drobniutkiej siateczki; zmętnienie to uwydatnia się najwięcej w górno-zewnętrznej okolicy wnętrza oka. Szczegóły rysunku dna oka nie dają się dostrzedz. W całej części skroniowej (zewnętrznej) dna oka rozległe fałdziste odklejenie siatkówki. Przy krańcowem zwróceniu oka na zewnątrz i ku górze wyraźnie wy-

[1]) Odczyt przygotowany na VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w sierpniu r. 1898.

[2]) Hirschberg: (*Centralblatt für Augenheilkunde* 1892 p. 304) wspomina, jakoby we Włoszech (kto?) spostrzegano u pewnego chorego po jednym wągrze w każdem oku.

stępuje kształt owalny pęcherza poza nieco zaćmioną i w tem miejscu niesfałdowaną (znacznie wypuklenie ku przodowi) siatkówką, wielkości co najmniej trzech średnic tarczy. Na brzegach pęcherza wspaniała gra barw z połyskiem zielonkowato-złocistym. Naczynia siatkówki, dążące ku przedniej powierzchni wspomnianego ciała elipsoidalnego, opisują nader strome łuki. Nazajutrz, po dwukrotnem w przeciągu godziny wkropieniu $^1/_2$% rozczynu atropiny, źrenica średnio rozszerzyła się; wówczas, po zwróceniu oka ku skroni prawej (na zewnątrz), przy prostem oświetleniu wziernikiem, dostrzega się nie ściśle ograniczony odbłask szarawo-niebieskawy, w jego obrębie nie widać żadnego rysunku lub jakiejbądź budowy. Przeszedłszy do wziernikowania w obrazie odwrotnym, przy użyciu dwucalowej soczewki dwuwypukłej, jasno się dostrzega odklejenie całej skroniowej (zewnętrznej) połowy siatkówki, a w okolicy tylnego górno-skroniowego (zewnętrznego) oktanta gałki — znaczniejsze wypuklenie zmętniałej siatkówki, spowodowane obecnością poza nią wyżej opisanego pęcherza. W pobliżu jego granic obwodowych dostrzega się w odklejonej siatkówce na ciemno-stalowem szarem tle licznie rozsiane plamki o wybitnie metalicznym białym połysku; nadto daje się zauważyć pewne falowanie siatkówki wskutek ciągłych zmian w kształcie pęcherza. Zmieniwszy soczewkę dwucalową na czterocalową, spostrzega się na sinawo-zielonkowatem tle pęcherza wyraźną plamkę żółtawą. Po dłuższem badaniu nagle zauważyłem szybkie ruchy dobrze rozwiniętej głowy i szyjki wągra, a przy bliższem wpatrywaniu się, po pewnym czasie najwyraźniej ujawniły się wszelkie szczegóły, jako to nasadek i *rostellum*. Oko lewe najzupełniej prawidłowe, brak jakichkolwiek zmian chorobowych, ostrość widzenia równa prawie $^5/_5$.

Wobec niewątpliwego rozpoznania obecności wągra pod siatkówką oka prawego, zaleciłem chorej poddanie się operacyi i nazajutrz miała ona zgłosić się w celu wstąpienia na mój oddział w Instytucie. Nie uczyniła jednak tego. Zgłosiła się do mnie dopiero po upływie przeszło sześciu miesięcy i została przyjęta do Instytutu w dniu 10 marca 1898 r. Chora nadmienia, jakoby do dnia 4 marca r. b. oko lewe było najzupełniej prawidłowe tak, że mogła szyć i czytać. 4-go marca 1898 roku dziecko uderzyło ją rączką w to oko, poczem wystąpił ból silny w temże oku i jakoby odtąd wzrok uległ znacznemu osłabieniu przy zewnętrznych objawach zapalnych lewej gałki ocznej.

W dniu przyjęcia przeprowadzone badanie oczów dało wynik następujący: W oku prawem poczucie światła tylko w części górno-zewnętrznej pola widzenia, okiem lewem zaś liczy palce na odległości dwóch metrów. Oko prawe: wejrzenie zewnętrzne prawidłowe, źrenica szersza, aniżeli po stronie lewej, nader leniwie oddziaływa na światło, wolna. Przy wziernikowaniu dostrzega się obfite nieruchome błoniaste zmętnienia w ciałku szklistem, tudzież prawie całkowite odklejenie siatkówki prócz niewielkiego rąbka w stronie nosowej. Po rozszerzeniu źrenicy zapomocą atropiny, z wielką łatwością widać w okolicy tylnego zewnętrznego górnego oktanta gałki pod znacznie zmętniałą siatkówką duży sinawy pęcherz o brzegach zielonkowato-złocistych. Przy dłuższem wziernikowaniu, zarówno w obrazie prostym, jako też i w obrazie odwrotnym, widać nieustanne ruchy głowy i szyjki pasorzyta, przy tych ruchach ożywionych podnosi on pokrywającą go część siatkówki. Przy wspomnianej obecności mętów w ciałku szklistem, które najobficiej usadowiły się w sąsiedztwie pasorzyta, wprost uderza ta jasno widoczna bezustanna zmiana kształtu pęcherza i te chyże ruchy główki i szyjki wągra. Oko lewe: nieznaczny światłowstręt i łzawienie, niewydatne, ale głębokie białkówkowe nastrzykanie naczyń około rogówki, leniwe oddziaływanie dosyć wązkiej źrenicy. Obfite błoniaste męty w ciałku szklistem, szczególnie wydatnie rozwinięte w górno-zewnętrznej części gałki. Tarcza nerwu wzrokowego zamglona, naczynia krwionośne przebiegają wężykowato w siatkówce, brak zmian ogniskowych, odklejenie siatkówki w tylnym zewnętrzno-górnym odcinku oka. Mimo rozszerzenia źrenicy zapomocą atropiny nie sposób dojrzeć górnej granicy odklejenia. W obrębie jego zwraca uwagę: zmętnienie błony siatkówkowej o barwie mlecznej, gdzieniegdzie rozsiane pasma szarawe a wśród nich rozrzucone w siatkówce drobne, metalicznie połyskujące, srebrzyste plamki. Z pod siatkówki zlekka prześwieca kulisty, szaro-niebieskawy pęcherz około 5 mm. średnicy mieć mogący; brzeżna jego okolica mniej przeźroczysta, naprzód biaława, bliżej ku brzegowi wykazuje zabarwienie żółto-czerwonawe. Nie można dostrzedz położenia główki wągra, natomiast przy zupełnie spokojnem ustawieniu gałki, widać wyraźnie faliste poruszanie się błoniastych zmętnień w ciałku szklistem, oraz samej siatkówki, wywołane jakby jakiemś działaniem ssąco-tłoczącem poza siatkówką. Przy badaniu ciałka szklistego zwraca uwagę fakt, że pomimo znacznych błoniastych zmętnień w postaci zasłon zawieszonych jedna poza drugą, jest się w stanie względnie dosyć dokładnie rozejrzeć się w dnie obu oczów, zwłaszcza przy badaniu w rysunku odwrotnym zapomocą lupy dwucalowej.

W dniu 21 marca 1898 r., przy łaskawej asystencyi kolegów pracujących wraz ze mną w tutejszym Instytucie oftalmicznym, przystąpiłem do wydobycia wągra z pod siatkówki oka prawego wśród głębokiego uśpienia chloroformowego. Wypada tu nadmienić, że na tydzień przed operacyą wkrapiano do oka prawego cztery razy dziennie $^1/_2$% rozczyn atropiny.

Zrobiwszy cięcie odpowiednie w spojówce, umocowałem w nitce jedwabnej (igła u każdego końca nitki) mięsień prosty zewnętrzny, następnie przeciąłem go w odległości $1^1/_2$ mm. poza jego przyczepem ściegnistym. Tym sposobem uzyskałem możność sprowadzenia gałki w odpowiednim kierunku ku dołowi i stronie nosowej, przytem pętla jedwabna, pociągnięta ku górze i ku stronie skroniowej, odwróciła przecięty mięsień, co dało mi możność zupełnego obnażenia białkówki po odpowiedniem odpreparowaniu tkanki nadbiałkówkowej. Uzyskano obszerniejszy teren do następnego zabiegu operacyjnego, mianowicie do przeprowadzenia cięcia białkowki, które wykonałem zapomocą wązkiego nożyka Graefego. Nóż ten wkłółem powierzchownie w środku górno-skroniowego oktanta dna oka w najbardziej krańcowej dostępnej okolicy gałki ocznej, sprowadzonej możliwie najbardziej w dół i ku nosowi; cięcie 10-cio milimetrowej długości prowadziłem w kierunku południka (merydionalnie) od tyłu ku przodowi, t. j. w kierunku ku rogówce. Wykonywując przytem lekki ruch nożykiem około jego osi podłużnej, udało się nieco oddalić brzegi cięcia w białkówce; wówczas odrazu wypadło na zewnątrz ciało pęcherzowate. W chwili wkłócia nożyka zaczęło się sączyć nieco cieczy wodnistej, widocznie był to wysięk podsiatkówkowy. Zresztą cała operacya dokonana została ściśle podsiatkówkowo, t. j. bez przekłócia tej błony i bez zetknięcia się z ciałkiem szklistem. Wydobyty wągr ma postać pęcherza elipsoidalnego, jedna jego oś ma długości dziesięć milimetrów, druga zaś ośm milimetrów. Starannie obmywszy pole operacyjne wodą wyjałowioną, przyszyłem w miejscu właściwem mięsień przecięty, w który, jak to wyżej wspomniałem, uprze-

dnio wprowadzoną została nić jedwabna (pętla na zewnętrznej powierzchni mięśnia) z dwoma igłami na jej końcach, wreszcie nałożyłem trzy cienkie szwy spojówkowe, potem — opaskę na oba oczy. Przebieg chloroformowania wypadł najzupełniej pomyślnie, wymiotów nie było. Operacyi dokonałem o godzinie 2-ej po południu możliwie ściśle aseptycznie. Dotkliwy ból trwał do godziny 4-ej nad ranem dnia następnego, stopniowo zmniejszając się; chora następnie zasnęła, przebudziła się po godzinie, wolna od wszelkich bólów. Tegoż dnia zmieniono opaskę: spostrzega się nieznaczny obrzęk powiek, brak wydzieliny ropnej w szparze powiekowej. Źrenica szeroka. Naczynia głębsze około rogówki nieco nastrzyknięte. W przeciągu następnych pięciu dni opaska obuoczna, potem aż do 10-go dnia włącznie po operacyi bandażowano tylko prawe oko. Uczucie podmiotowe chorej w zupełności dobre, stan bezbolesny. Opaskę codzień zmieniano. Atropiny po operacyi nie stosowałem, gdyż i bez tego nastrzykanie naczyń w około rogówki z dniem każdym zmniejszało się. W siedm dni po operacyi szwy same oddzieliły się. Badanie siły widzenia, dokonane 8-go kwietnia 1898 r. wykazało: oko prawe: ilościowe poczucie światła, t. j. taż sama siła widzenia, co i przed zabiegiem operacyjnym; natomiast, rzecz szczególna, w oku lewem siła widzenia zwiększyła się aż do 5/35, podczas, gdy przed operacyą oka prawego, chora okiem lewem liczyła palce zaledwie w odległości dwóch metrów; badanie to wielokrokrotnie powtarzane aż do chwili wypisania chorej z zakładu, mianowicie do dnia 16-go kwietnia 1898 r., stale dawało tenże sam wynik. Badanie zaś perymetryczne oka lewego przekonało, że przerwa w polu widzenia w odpowiedniej okolicy nieco zwiększyła się. Przy wziernikówaniu oka operowanego (prawego) widać, że odklejenie siatkówki w znacznej mierze spłaszczyło się, a w okolicy cięcia białkówki dostrzega się niezbyt obfity podłużny wylew krwi.

W pięć dni po opuszczeniu zakładu pacyentka wysiadając z tramwaju, upadła na bruk, — wieczorem tegoż dnia doznała silnego bólu w oku lewem (nieoperowanem); nazajutrz zgłosiła się do mnie: objawy *descemetitis, iridocyclitis oculi sinistri*, które pod działaniem opaski hidropatycznej i atropiny w przeciągu dni dziesięciu zniknęły, pozostał tylko zrost tylny tęczówki w jej części górnej. Chorą widziałem po raz ostatni w 5 miesięcy po operacyi: w oku prawem wzrok pozostał bez zmiany, w oku zaś lewem siła widzenia zmalała do możności liczenia palców w odległości około $1^1/_2$ metra.

Mimo nalegań z mej strony, pacyentka nie chciała poddać się operacyi na oku lewem.

Dokonana przezemnie operacya była pierwszym tego rodzaju zabiegiem chirurgicznym, wykonanym w Warszawie. W Krakowie ś. p. prof. Rydel wykonał dwukrotnie tę operacyę: w jednym przypadku wynik był pomyślny [3]). W Rosyi, jak to wynika z wyżej wspomnianej pracy Lutkiewicza, pięć razy dokonywano tej operacyi, a tylko raz jeden (Magawlyemu) udało się usunąć wągra z wnętrza oka.

[3]) F. Sroczyński. Dwie operacye wągra podsiatkówkowego, *Przegląd lekarski* Nr. 42 i 43 z r. 1890.

II. Ze szpitala powszechnego w Żywcu.

Gastroenterostomia w następstwie otrucia kwasem siarkowym.

Podał
Dr. Wiktor Idziński,
dyrektor szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Wobec tego stanu nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, następową rozstrzenią żołądka i że, chcąc uratować chorego, należało szybko wytworzyć połączenie między żołądkiem a kiszkami.

Postanowiłem bezzwłocznie przystąpić do operacyi. — Chorego wykąpano, oczyszczono, dano mu lewatywę; narzędzia wygotowano i opatrunki wyjałowiono. Należało jeszcze poprzednio wypompować i przepłókać rozdęty żołądek; jednak czynności tej zaniechałem z tej poprostu przyczyny, że bałem się męczyć chorego, tak znacznie osłabionego i mogącego umrzeć mi w rękach podczas przepłókiwania żołądka. Postanowiłem postąpić podczas operacyi z rozdętym i wypełnionym płynami żołądkiem tak, jak się postępuje z torbielem jajnikowym, to jest przez nakłócie wypuścić ostrożnie treść żołądka na zewnątrz poza powłoki brzuszne.

Operacyi dokonałem wśród nadzwyczaj ostrożnego usypiania, przy łaskawej pomocy Kolegów Drów Kniehynickiego i Bendy. Poprowadziłem cięcie ponad pępkiem w linii środkowej, 15 ctm. długie, a po otwarciu jamy otrzewnowej starałem się wydobyć rozdęty poniżej pępka i chełboczący żołądek o ile możności na zewnątrz, obmacałem okolicę odźwiernika celem sprawdzenia rozpoznania, przyczem przekonałem się, że balonowato rozdęty żołądek nagle w okolicy odźwiernika zwęża się, że dwunastnica i kiszki są zupełnie puste i to tak dalece, że nie zawierają nawet śladu gazów.

Po sprawdzeniu rozpoznania zastanowiłem się przez chwilę, jakiej się chwycić metody operacyjnej, czy rozszerzyć odźwiernik drogą tępą, metodą Loreta, — czy zrobić pyloroplastykę Heinecke-Mikulicza, — czy też gastroenterostomię.

Tępe rozszerzenie mogło przynieść tylko czasowe polepszenie. Znaczne zwężenie, posunięte do tego stopnia, że nawet gazy nie przechodziły z żołądka do jelit, nie pozwalało również dobrze rokować pyloroplastyce. Zresztą przypomniałem sobie tok dyskusyi, słyszanej na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie, w której znacznie więcej zwolenników oświadczyło się za gastroenterostomią, niż za pyloroplastyką; a więc zdecydowałem się na gastroenterostomią i to tak zwaną *anterior antecolica*, sposobem Wölflera.

Podniósłszy dolny brzeg żołądka ku górze, uniosłem razem z nim dużą sieć i stosunkowo wąską okrężnicę poprzeczną, napiąłem t. zw. *mesocolon transversum*, odszukałem fałd dwunastnicowojelitowy *(plica duodeno-jejunalis)*, co wyjątkowo łatwo dało się uskutecznić, gdyż kiszki były zupełnie zapadnięte i puste, odmierzyłem 50 ctm. odległości od dwunastnicy ku dolnemu przebiegowi kiszki i punkt ten przeznaczyłem na miejsce przyszłego połączenia z żołądkiem. Następnie skręciwszy jelito cienkie w ułożenie tak zwane Rockwitzowe, to jest tak, aby ramię odprowadzające jelita przebiegało na prawo i przekonawszy się, że skutkiem tego skręcenia nie będzie ugnieciona okrężnica poprzeczna, przystąpiłem do założenia szwu.

Do szwu użyłem guzika Murphyego i zacząłem od jelita. Na górnej powierzchni jelita, zwróconej ku żołądkowi, blisko nasady jelita, założyłem najpierw pętlę katgutową w kształcie szwu zwanego kapciuchowym; w środku tej pętli zrobiłem następnie otwór 1·5 ctm. długi, przez otwór ten wprowadziłem jedną połówkę guzika do jelita i ściągnąłem szew kapciuchowy naokoło szyi guzika. Jelito było zupełnie puste. Następnie założyłem w sąsiedztwie odźwiernika znowu pętlę kapciuchową, chorego położyłem na bok, obłożyłem żołądek szczelnie gazą wyjałowioną i nakłółem rozdęty żołądek, przyczem wypłynęło na zewnątrz powłok brzusznych około pół litra cieczy brudnej. Dzięki zabezpieczeniu gazą nic z treści nie dostało się do jamy otrzewnowej. Po wypuszczeniu treści z żołądka i oczyszczeniu otoczenia rany suchą gazą wyjałowioną, ułożyłem chorego znowu na wznak, rozszerzyłem otwór w żołądku, wsunąłem doń drugą połowę guzika Murphyego, ściągnąłem około niego pętlę kapciuchową, a przysunąwszy ku sobie obie połówki guzika, zamknąłem je, ściągając sprężynę jak najsilniej. Naokoło utworzonej obecnie sztucznej komunikacyi między żołądkiem a jelitem, na zewnątrz od guzika Murphyego, założyłem kuśnierski szew katgutowy Lamberta.

Zaraz po zamknięciu guzika wypełniły się jelita gazami, co świadczyło, że komunikacya jest ścisłą i że gazy nie wydostają się z żołądka do jamy otrzewnowej, Po toalecie jamy brzusznej zaszyłem powłoki brzuszne, założyłem opatrunek, a ponieważ chory był znacznie osłabiony i tętno było nikłe, wstrzyknąłem mu dwie strzykawki eteru, przeniósłem do ciepłego łóżka i obłożyłem ciepłemi kamionkami, a skoro się tylko obudził, nie skazałem go, jak to zwykle bywa po operacyach żołądkowych, na ścisłą dyetę, lecz podałem mu natychmiast kieliszek wina, a to w celu ratowania go od głodowej śmierci. W pół godziny po winie zaczął chory otrzymywać co pół godziny łyżkę mleka, tak, że zaraz pierwszego dnia wypił przeszło pół litra mleka.

Przebieg pooperacyjny był idealny. Dzięki ścisłej aseptyce ani razu nie było gorączki, również ani razu chory nie wymiotował (do uśpienia używamy chloralchloroformu), nie miał najmniejszych boleści i mógł coraz większe ilości płynów przyjmować. Już wieczorem dnia, w którym wykonano operacyę, tętno poprawiło się i od tego czasu poprawa i powrót do sił postępowały szybkim krokiem.

Chory dostawał prócz mleka 3 razy dziennie po piętnaście kropli nalewki makowcowej. Pierwszy stolec był 5-go dnia, a w 8-mym dniu odszedł ze stolcem guzik Murphyego. Dyeta płynna trwała do dnia 14, potem zwolna zaczęto podawać biszkopty, rozgotowaną bułkę, potrawkę i t. d. Ponieważ skutkiem kaszlu pękły 2 dolne szwy skórne, pozwoliłem choremu siadać dopiero 1 listopada, a dnia 15 listopada chory, nie mogąc już wytrzymać w łóżku, nabrawszy już dostatecznego zapasu sił i zarumieniwszy się na twarzy, sam wstał z łóżka i od tego czasu ciągle chodzi. Dodać jeszcze muszę, że obecnie może chory połykać jak najgrubsze pokarmy, a więc że niema zwężenia przełyku, oraz że nie ma najmniejszych objawów wstecznego przedostawania się żółci do żołądka, z czem tak często spotykamy się po gastroenterostomiach pod postacią wymiotów żółciowych. Chory ani razu nie wymiotował, kał jego żółty, trawi wszystko, i tak dobrze, jak w stanie prawidłowym. Uważam go za zupełnie wyleczonego.

Przypadek ten jest dla mnie bardzo pouczający. Przedewszystkiem służy on za dowód, że należy zawsze wyczerpać cały nasz arsenał leczniczy, nawet w otruciach bardzo silnemi truciznami i nawet w przypadkach, przedstawiających się już jako prawie stracone. Chory nasz wypił na czczy żołądek 50 grm. kwasu siarkowego 75 procentowego; od czasu wypicia do czasu właściwego ratunku lekarskiego upłynęła prawie godzina; pomimo tego zdołano jeszcze przez przepłókanie górnej połowy przewodu pokarmowego znaczną ilością płynu wypłókać zupełnie kwas siarkowy, oraz zobojętnić go magnezyą. Skoro szybko usunięto przyczynę, t. j. zobojętniono siłę żrącą kwasu, tkanki zdołały u człowieka młodego przyjść jeszcze do siebie i odrodzić się. Nie ulega wątpliwości, że podanie choremu mleka i oliwy tuż po otruciu przyczyniło się również znacznie do osłabienia siły otrucia, a to przez rozcieńczenie kwasu. Najciekawszą i niezwykłą jest jednak ta okoliczność, że nie wystąpiły żadne znaczne zmiany następowe w ustach, połyku, przełyku, żołądku, — ale dopiero w odźwierniku, a względnie w górnej części dwunastnicy. Jak sobie to wytłómaczyć? Ja wyobrażam sobie, że skutkiem tego, iż od czasu otrucia aż do czasu przepłókania żołądka minęła godzina, pewna część kwasu miała czas przedostać się z żołądka do górnej części dwunastnicy, tam zadrażniła ona drogą zwrotną mięsień zamykający odźwiernik i ten popadł w skurcz. Gdy następnie przepłókiwano żołądek, nie można już było skutkiem skurczu odźwiernika wypłókać tej ilości kwasu, która już żołądek opuściła. To zdaje się być powodem, że zmiany najcięższe wystąpiły nie w górnej części oczyszczonego przewodu pokarmowego, ale na granicy między żołądkiem a dwunastnicą.

Zastósowana w tym przypadku gastroenterostomia zdaje mi się być pierwszą, wykonaną z tego powodu, przynajmniej analogicznego przypadku niezdołałem odszukać w dostępnej mi literaturze; przez ogłoszenie tego przypadku chciałem przyczynić się do rozszerzenia dotychczas istniejących wskazań do gastroenterostomii. W technice gastroenterostomii trzymałem się przyjętych dotychczas ogólnych zasad; ale muszę zaznaczyć, że z małej modyfikacyi, uczynionej w niej przez użycie guzika Murphyego, byłem bardzo zadowolony. Zyskałem przez to na szybkości w wykonaniu operacyi (od czasu uśpienia chorego aż do założenia opatrunku upłynęło zaledwie 30 minut), co w danym przypadku u chorego prawie już umierającego miało bardzo doniosłe znaczenie, a użyłem guzika Murphyego metalowego, zamiast modnego obecnie guzika Franka, gdyż bałem się zbyt wczesnej resorbcyi tego ostatniego.

Guzik Murphyego jest jednym z najdonioślejszych wynalazków w technice szwów jelitowych.

III. Oceny i sprawozdania.

E. Finger: **O dziedziczeniu kiły.** (*Wiener Klinik*, Zeszyt 4 i 5, 1898.)

Jak już świadczy tytuł, poświęca Finger swą pracę doniosłej sprawie dziedziczenia kiły. W I. rozdziale rozstrzyga pytanie, czy w przypadkach, gdy matka lub ojciec znajdują się w chwili zapłodnienia w okresie kiły wczesnej, przenośnej, musi nastąpić zawsze przeniesienie jej na płód? Cały szereg przytoczonych spostrzeżeń ścisłych przeczy temu;

w przypadkach tych kiła przenieść się może, ale nie musi; zależy od tego, czy w chwili zapłodnienia nasiennik lub jajko zawierały w sobie jad kiłowy. Z kolei zastanawia się autor nad pytaniem, czy istnieje kiła dziedziczna udzielona płodowi wyłącznie przez ojca (paterne Syphilis)? Zdania w tym kierunku są podzielone: Fournier n. p. przychyla się do niego, ale dodaje, że 75% matek w tych przypadkach okazuje zmiany kiłowe; jedno osłabia drugie. Jako pośredni dowód na poparcie, że kiła może być przeniesioną na płód wyłącznie przez ojca, przytacza Finger szereg spostrzeżeń, dotyczących małżeństw, z których rodziły się dzieci kiłowe w pewnej kolei: energiczne leczenie przeciwkiłowe, zastósowane u ojca (który naturalnie kiłę przebył) dawało ten wynik, że dziecko spłodzone po takiem leczeniu, przychodziło zdrowe, bez żadnych zmian kiłowych. Leczenie zaś matki pozostało bez wływu. Spostrzeżenia, dotyczące kobiet, które poprzednio rodziły dzieci kiłowe z ojca kiłowego, a które po wyjściu powtórnem za mąż lub ze stosunku ze zdrowym mężczyzną, miały dzieci zdrowe, przemawiają równie za istnieniem kiły ojcowskiej. Niezbity wreszcie dowód stanowią wyjątki od prawa Collesa, t. j. że matki, rodzące dzieci ze zmianami kiłowemi, nabywają później same kiłę pierwotną ze zwykłym dalszym przebiegiem. Czy kiła płodu pochodzi wyłącznie od matki? Pod tym względem istnieje zgodne zapatrywanie. Jako dowód pośredni służą spostrzeżenia, dotyczące kobiet kiłowych, których dzieci, spłodzone przez zdrowego ojca, kolejno przychodzą na świat z kiłą. Silniejszy dowód stanowią spostrzeżenia, dotyczące t. zw. *syphilis post conceptionem*, t. j. że kobieta ciężarna nabywa w ciągu ciąży kiły i przenosi ją na płód. Autor zebrał 50 tu należących ściśle spostrzeganych przypadków. Zakażenie matki miewało miejsce, począwszy od 2-go, do 9-go miesiąca ciąży. Dwa przypadki (45 i 50), w których zakażenie matki nastąpiło w 9-tym miesiącu ciąży, a zmiany ogólne wystąpiły już po urodzeniu dotkniętego kiłą dziedziczną dziecka, zdają się dowodzić, że pierwotna zmiana kiłowa jest — może nie zawsze — wyrazem ogólnego zakażenia [1]).

Dalszą sprawą, nad którą zastanawia się autor, jest t. zw. „choc en retour", t. j. czy istnieje zakażenie matki przez płód kiłowy z ojca? W dwojaki sposób może w tych przypadkach uwidocznić się przebieg kiły. Raz, jak ją nazywa Fournier i Diday jako *syphilis conceptionelle précoce*, t. j. matka płodu kiłowego z ojca okazuje w przebiegu ciąży zmiany kiłowe drugorzędne, bez zmiany pierwotnej, bez powiększenia gdziekolwiek gruczołów chłonnych, któreby wskazywało na miejsce zakażenia. Drugą postać stanowi *syphilis conceptionelle tardive*, t. j. te przypadki, w których matka płodu kiłowego z ojca, bez jakichkolwiek uprzednich objawów kiły wczesnej drugorzędnej, okazuje po szeregu lat zmiany kiły późnej. Co się tyczy postaci pierwszej, to wypowiada autor zdanie, że ze stanowiska teoretycznego istnienie jej jest możebne, nie zostało jednak spostrzeżeniami klinicznemi ani udowodnione ani odparte. Postać druga, jakkolwiek przyjęta przez większość, ma jednak swoich przeciwników, którzy podobnie jak w przypadkach t. zw. kiły dziedzicznej późnej twierdzą, że jedynie brakowi ścisłego spostrzegania należy przypisać niedostrzeżenie zmian kiły wczesnej, drugorzędnej. Finger sam oświadcza się za istnieniem takowej, i obok wielu zebranych w literaturze spostrzeżeń przytacza własne, dotyczące żony pewnego lekarza, która w r. 1890, — w 3 lata po zakażeniu męża, — powiła dziecko ze zmianami kiły dziedzicznej. Lekarz ten, mimo najdokładniejszego spostrzegania (wierzyć temu chyba można) nie spostrzegał nigdy żadnych zmian i objawów u żony, któreby mogły budzić podejrzenie w kierunku kiły. Dopiero w roku 1896 wystąpiły zmiany kiły późnej, co skłoniło pacyentkę do szukania porady u autora. Jakkolwiek w podobnych do przytoczonego przypadkach przeciwnicy tej postaci kiły podnoszą zarzuty, że matka mogła przebyć chorobę przed zamążpójściem, lub stanowiła wyjątek z prawa Collesa, t. j. po urodzeniu kiłą dziedziczną dotkniętego dziecka, od niego nabyła kiłę, którą przeoczono, to jednak Finger przyjmuje tę postać, dodając, że nie udało się nikomu w sposób dosadnie przekonywujący obalić jej istnienie. W dalszym ciągu swej pracy przechodzi autor do gromady przypadków, obejmującej te matki, które rodzą dzieci kiłowe z ojca, same zaś są wolne od jakichkolwiek zmian kiłowych, nie są jednak przystępne dla jadu kiły (prawo Collesa). Codzienne spostrzeżenia kliniczne potwierdzają ważność i moc tego prawa, doświadczalnie umocnili je Caspary, Neumann i Finger. Przeciwnikom t. z. *Syphilis paternelle* (kiły udzielonej płodowi wyłącznie przez ojca) posłużyło prawo Collesa za pozornie silną podstawę; rozumują oni tak: skoro matki dzieci, dotkniętych dziedziczną kiłą, są odporne na jad kiłowy, zatem same kiłowe, przeto wszystkie te dzieci nabyły kiły od matek. Z drugiej strony jednak wyjątki z prawa Collesa, t. j. że matka płodu kiłowego z ojca nabywa później kiły, a takich spostrzeżeń zebrał autor 25, z tych 15 bardzo ścisłych, są zbyt silnym dowodem dla istnienia kiły dziedzicznej, udzielonej płodowi tylko przez ojca, by można jej zupełnie przeczyć.

Z tłómaczeniem Fingera tej odporności matek przeciw kile, zgadzają się Neisser, Jadassohn, Caspary, Kaposi, Neumann; jest ono następujące: większość matek, których dzieci są po ojcu kiłowe (o ile prawo Collesa dopuszcza wyjątki), nabywa przez ciążę odporności przeciw kile, co jednak nie odpowiada w zupełności pojęciu kiły matki. Odporności tej nabywa ustrój matki w ten sposób, że w ciągu ciąży nie jad upostaciowany (ten musiałby wywołać zwykły przebieg kiły), ale tylko toksyny dostają się drogą osmozy przez krążenie łożyskowe do ustroju matki; tu są bodźcem do wytworzenia się antytoksyn i w ten sposób powstaje odporność przeciw samemu jadowi. Z kolei rozbiera autor t. zw. prawo Profety, które brzmi: „dziecko pozornie zupełnie zdrowe, wolne od jakichkolwiek podejrzanych zmian kiłowych, urodzone jednak przez matkę kiłową, przynosi ze sobą odziedziczoną odporność przeciw nabywaniu kiły". Tłómaczenie podobne jak prawa Collesa, z tą odmianą, że kiedy tam pierwiastek uodporniający działa drogą krążenia od płodu na matkę, tu dzieje się odwrotnie. Jeżeli tak, to nasuwa się pytanie, czy spadek ten chroni te dzieci i w przyszłem życiu przed nabyciem kiły? Bärensprung zebrał 7 spostrzeżeń, które zdają się to przypuszczenie potwierdzać; autor sam przytacza własne jedno spostrzeżenie, które równie za tem przemawia. Przeciwników nie brak; uwierzyliby, gdyby zostało poparte doświadczalnem przeszczepieniem; tego zaś do tej pory brak. Zarzut podobny spotykał prawo Collesa, odparli go Caspary, Neumann i Finger za pomocą przeszczepienia. Nie brak jednak spostrzeżeń (Mireur, Boeck), które nie pozwalają na przyjęcie prawa Profety, jako prawidła, a które dowodzą, że dziecko, zrodzone z matki dotkniętej kiłą, nabyło kiły w późniejszym wieku. Jedno spostrzeżenie tu należące pochodzi z kliniki ś. p. prof. Rosnera, opisane przez Dra Obtułowicza, a dotyczyło dziecka z matki zakażonej w 8 miesiącu ciąży, u którego w 10 miesiącu po urodzeniu znaleziono po pierwszy raz zmiany kiły wczesnej, bez zmiany pierwotnej.

Wyjątki z prawa Collesa i Profety mają doniosłość w zastosowaniu praktycznem i skłaniają poniekąd do zachowania należytej ostrożności w celu uniknięcia przecież możebnego przeniesienia choroby. W dalszym ciągu rozbiera Finger sprawę t. zw. kiły dziedzicznej późnej (Syph. hereditaria tarda), obejmującą tę gromadę przypadków, w których dziecko, zrodzone z matki czy ojca kiłowego, nie okazuje żadnych zmian kiłowych wczesnych, a dopiero w późniejszym wieku występują u niego zmiany kiły późnej. — Tę postać kiły opisuje każdy podręcznik; do dnia dzisiejszego brak jednak choćby jednego bezwzględnie pewnego spostrzeżenia. Zarzut, jaki zawsze w podobnym przypadku

[1]) *Przegląd Lekarski* 1895, 5. Zarewicz: O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

podnieść można, choć gołosłowny, ale trudny do odparcia, jest ten, że może dziecko takie w wieku młodszym przebyło kiłę bądź nabytą bądź też może przyszło na świat ze zmianami kiłowemi, które przeoczono. Ze stanowiska teoryi *a priori* wykluczyć tej postaci kiły nie można. Zapatrywanie autora, co do patogenezy tych przypadków, jak wogóle trzeciorzędnej kiły, streszcza się w tem, że on przypisuje ją nie działaniu jadu, lecz toksyn kiłowych, które mu tłómaczą odporność przeciw kile (prawo Collesa); a jeżeli nagromadzenie ich będzie bardzo znaczne, mogą dać początek zmianom kiły trzeciorzędnej.

Przedstawiwszy te różne drogi, jakiemi kiła dziedziczna przenieść się może, jak równie wzajemny stosunek kiły płodu do matki i odwrotnie, poświęca autor ostatnie rozdziały rozpatrzeniu i ocenieniu udziału w tych sprawach łożyska. Zachowanie się łożyska, ze względu na kiłę, może być trojakie:

a) przepuszcza ono jad kiłowy z matki do płodu, (syph. postconceptionelle); prawdopodobnie i odwrotnie (choc en retour), czego jednak bezwzględnie pewnie nie udowodniono;

b) jest przepuszczającem, ale tylko dla toksyn i to w obu kierunkach (prawo Collesa i Profety);

c) nie przepuszcza ani jadu ani toksyn (wyjątki z prawa Collesa i Profety).

Kassowitz wypowiedział zdanie, że łożysko stanowi zaporę nieprzepuszczalną dla istot upostaciowanych, chyba w bardzo wyjątkowych przypadkach; Lubarsch nie widzi tej zapory w przypadkach, gdzie łożysko uległo zmianom patologicznym (gruzełki w przebiegu gruźlicy, kilaki). Badań w tym kierunku, ze względu na kiłę jest mało;a te które są, nie pozwalają na wyprowadzenie wniosków, któreby na razie potwierdzały zapatrywanie Lubarscha.

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

IV. Wyciągi.

Glorieux: **Objaw paluchowy Babińskiego.** *(Journal de Neurologie*, 5. XII. 1898, Nr. 24). G. otwarcie przyznaje, że zabrawszy się przed przeszło 2 laty do badań nad objawem paluchowym, który właśnie Babiński przedstawił poraz pierwszy Towarzystwu biologicznemu w Paryżu, wskutek nieodpowiedniej techniki nie otrzymał dodatnich wyników i chwilowo do sprawy tej zupełnie się zraził. Dopiero po ostatniej publikacyi Babińskiego (cf. „Przegląd lek.“ i „Semaine medicale“ 1898), zbadawszy 100 chorych swej polikliniki nerwowej w sposób dokładny według przepisów Babińskiego, doszedł G. do wręcz odmiennych zapatrywań i potwierdza teraz w zupełności wnioski Babińskiego, uznając objaw paluchowy za cenną wskazówkę rozpoznawczą organicznych zmian w drogach piramidalnych. Istnienie objawu paluchowego dowodzi zmian anatomicznych w przebiegu tych dróg nawet wówczas, gdy innych, spotykanych zwykle w tym razie, objawów, brakuje; brak objawu paluchowego (bądź więc prawidłowy odruch podeszwowy, t. j. zgięcie palców, bądź brak odruchu ze strony palców, byle tylko nie ich wyprostowanie) nie jest jednak nierozerwalnie związany z brakiem zmian anatomicznych w drogach piramidalnych; mimo to jednak nie waha się G. przykładać pewnej wagi do braku objawu paluchowego w przypadkach wątpliwych, jeśli niema również żadnych innych objawów anatomicznych zmian układu nerwowego. Mianowicie nie stwierdził G. objawu paluchowego w żadnym przypadku, w którym można było z pewnością utrzymywać, że drogi piramidalne są zdrowe. Przeciwnie we wszystkich przypadkach, w których G. spotkał objaw paluchowy Babińskiego, istniały zmiany anatomiczne tych dróg, dające się stwierdzić zapomocą innych objawów rozpoznawczych. Objaw Babińskiego ma, jak obecnie, bardzo wielką wartość w odróżnieniu monoplegii i porażeń połowiczych histerycznych od organicznych i w wykryciu zmian anatomicznych dróg piramidalnych w przypadkach wiądu rdzenia i niedołęstwa porażnego ze zniesieniem odruchów kolanowych. Kliniczne cechy objawu Babińskiego nasuwają przypuszczenie, że jest on związany z zaburzeniami w niektórych tylko, dziś jeszcze bliżej nieznanych, częściach dróg piramidalnych; w przyszłości może więc objaw ten i pod tym względem stanie się cenną wskazówką. G. sądzi, że ze względu na jego doniosłość kliniczną ogół lekarski powinien się dokładnie zapoznać z objawem Babińskiego.

Dr. A. Chełmoński: **Ciepłota ciała u starców.** *(Deutsch. Archiv f. klinische Medicin,* 1898, 61 Band, 1—2 Heft). O ile pedyatrya wykazuje wielki postęp jako samodzielna gałąź naukowa, o tyle fizyologia i patologia starców za mało bywa uwzględniana. Społeczeństwo widzi w utrzymaniu chorego dziecka i człowieka dorosłego korzyść, której nie ma w zachowaniu przy życiu chorego starca. Na tej też obojętności społeczeństwa względem starców polega apatya lekarzy, objawiająca się dla ludzi w podeszłym wieku.

Autor zajął się sprawdzeniem średniej ciepłoty u starców. Ciepłota ciała wogóle zachowuje się podług dotychczasowych badań w ten sposób, że niedługo po urodzeniu opada, poczem w pierwszych dniach życia podnosi się i na tej samej wysokości utrzymuje się aż czterdziestego roku życia. Od 40—60 lat nieco opada, a od 60 roku znowu się podnosi. Autor rozpoczął badania ciepłoty u osobników starszych, od 50 roku począwszy, aby mieć podstawę porównawczą, a mierzył ciepłotę pod pachą rano między 8 a 10 godziną, popołudniu między 5—7 godz., to jest w czasie najwyższej rannej i wieczornej ciepłoty ciała. Ogółem wykonał 1682 pomiarów ciepłoty u 111 osobników w zakładzie starców i kalek warszawskiego Towarzystwa dobroczynności.

Wyniki badań tych są następujące: a) średnia ciepłota dzienna starców, wbrew ogólnie przyjętemu przekonaniu, nie podnosi się, ale powoli opada; b) tor (typ) ciepłoty starców jest nieraz odwrotny (typus inversus), to znaczy, że ranna ciepłota bywa wyższa, niż wieczorna i to tem częściej, im osobnik jest starszy.

Wiek	Średnia ciepłota	
lat	ranna godz. 8—10	wieczorna godz. 5—7
51—60	36,44	36,69
61—70	36,39	36,50
71—80	36,28	36,25
81—91	36,33	35,97

Prócz tego ciepłota starców odznacza się jeszcze znacznemi wahaniami w czasie dnia, co zwłaszcza pokazało się u bardzo podeszłych, poza ośmdziesiątką.

Objawy te ciepłoty starców, to jest niższą wogóle ciepłotę, znaczne wahania dzienne, częsty tor odwrotny, tłómaczy autor niestosunkiem pomiędzy wytwarzaniem cieplika, a jego utratą. Miarkowanie (regulacya) ciepłoty jest upośledzona, jak się zdaje, wskutek zmian miażdżycowych w naczyniach skórnych. Zwapniałe naczynia skórne nie kurczą się dostatecznie pomimo bodźców na nie działających, bodźców od nizkiej ciepłoty otoczenia. Ustrój ziębnie, ostyga przez cały dzień, i temu należy przypisać najmniejszość ciepłoty wieczorem, czyli odwrotny tor ciepłoty.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Arendt: **O atonicznych krwotokach macicznych i ich leczeniu.** *(Therapeutische Monatshefte*, Maj, 1898). Autor, przechodząc po kolei przyczyny krwotoków atonicznych z macicy i ich leczenie, będące powszechnie w użyciu, występuje szczególnie przeciwko często w użyciu będącemu wyjmowaniu łożyska, który to zabieg, połączony z tak ciężkiemi dla położnicy następstwami, nie zawsze odnosi pożądany skutek. Stósowane po odejściu łożyska sposoby tamowania krwotoków atonicznych, jak nacierania macicy od zewnątrz, gorące i zimne (lodowe) przestrzykiwania, miesienie od wewnątrz, wewnętrznie lub podskórnie podany sporysz lub ergotyna, a wreszcie i tamponada macicy, mają w pra-

ktyce swoje ujemne strony. Częste nacierania macicy zawodzą, a miesienie od wewnątrz połączone jest z niebezpieczeństwem zakażenia; do przestrzykiwań zimnych nieraz brak nam lodu; środki lecznicze jak sporysz i ergotyna działają zbyt wolno, a tamponada macicy, jeżeli ma być wykonana jak się należy, wymaga pomocy i przygotowań, gdy tymczasem każda chwila czasu, każda kropla krwi jest drogą. Autor więc, powołując się na sposób bezkrwawego operowania przy wycinaniu pochwowem macicy lub jej kawałkowania po poprzedniem ściągnięciu macicy przed szparę sromową poleca w przypadkach krwotoków atonicznych uchwycić obie wargi maciczne, zwieszające się płatowato do pochwy, silnymi kulociągami i zapomocą nich ściągnąć macicę ku dołowi. Przez zagięcie doprowadzających naczyń krwionośnych, wreszcie przez pobudzenie macicy do skurczów, gdyż takie ściąganie macicy jest silnym bodźcem mechanicznym — krwotok zazwyczaj ustaje. Przez krótki czas jeszcze należy pozostawić kulociągi u warg macicznych, by w razie powtórnego krwawienia w tej chwili módz macicę ku dołowi ściągnąć. *Ww.*

O. Leichtenstern: **O zapaleniu i guzach pęcherza u robotników w fabrykach farb**. *(D. Med. Woch*, Nr. 45, 1898). Objawy chorobowe ze strony pęcherza, moczenie krwawe i moczenie boleśne (stranguria et haematuria) u ludzi pracujących w fabrykach farb nie należą do wielkich rzadkości. Grandhomme spostrzegał je w fabrykach farb anilinowych, ztąd zwie je „anilismus"; Starck przy zatruciu toluidyną, a Rehn ogłosił 3 przypadki nowotworów pęcherza (fibroma papillare, sarcoma) u robotników z fabryki fuchsyny, które uważa na następstwo długotrwałego drażnienia narządu moczowego przez wdychiwanie gazów, powstających przy wyrobie farb.

Leichtenstern podaje nowe 2 przypadki cierpienia pęcherza u robotników fabrycznych. Pierwszy z nich, mający do czynienia z toluidyną, okazywał zielonawo-żółtawe zabarwienie włosów i paznogci, nadto cierpiał na silne parcie na mocz; mocz był krwawy, oddział. kwaśnego, bez wałeczków w osadzie, ilość jego wynosiła pół litra na dobę. Przy badaniu pęcherz przedstawiał się jako twardy guz, macalny ponad spojeniem łonowem; pojemność pęcherza wynosiła zaledwie 40 sześć. ctm. Wśród leczenia (dyeta mleczna, gorące okłady, czopki morfinowe, kąpiele) guz zupełnie zniknął, wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, pojemność pęcherza stała się prawidłową. L. rozpoznał sprawę zapalną pęcherza (Cystitis acuta submucosa productiva). W drugim przypadku u robotnika zajętego przez lat kilkanaście przy przemianie naftaliny w naftylaminę wystąpiło skąpe moczenie i boleśne moczenie (oliguria et stranguria), mocz był krwawy, bez wałeczków w osadzie; pojemność pęcherza wynosiła 70 sześć ctm. Po 3 tygodniowem spostrzeganiu stwierdzono nad spojeniem łonowem guz twardy, bolesny, który pomimo leczenia szybko się powiększał. Sekcya stwierdziła guz w pęcherzu przyrody mięsakowej.

I tę sprawę w pęcherzu uważa autor za następstwo zatrucia zawodowego.

Spostrzeżenia dotychczasowe pouczyły, że zatrucia te powstają tylko w pewnych ubikacyach fabryki, mianowicie tam, gdzie otrzymuje się anilinę, toluidynę, naftylaminę i fuchsynę; radzi więc autor zwrócić na nie uwagę, by przez odpowiednie przewietrzanie, częstą zmianę robotników, wczesne usuwanie z fabryki skłonnych do zatrucia, zapobiegać groźniejszym następstwom. *Dr. Rencki.*

Hammerl i Kermauner: **O odwietrzaniu formaliną**. *(Münch. med. Wchs*, Nr. 47, 48, 1898). H. i K. przeprowadzali próby z kołaczykami formalinowymi Scheringa. W pewnych warunkach można tym sposobem zniszczyć w zamkniętej przestrzeni te drobnoustroje, które są łatwo dostępne (leżą powierzchownie), ale na to potrzeba: najmniej 2 kołaczyków na 1 m.³ i przesycenia atmosfery parą wodną. Wogóle twierdzą autorowie, że przy odwietrzaniu zapomocą par formaliny wtedy tylko na pewny skutek liczyć można, jeżeli wilgotność (zawartość wody) odwietrzanych przedmiotów wystarcza na to, aby formalina mogła się zagęścić odpowiednio. Zagęszczenie formaliny, wystarczające do zniszczenia drobnoustrojów, jest wprawdzie stosunkowo małe, jednakże następuje tylko na powierzchni przedmiotów i dlatego formalina nie nadaje się do odwietrzania przedmiotów grubych lub osłonionych, a więc nie może być użytą do odkażania sukien, materyi i t. p. *C.*

Teofil Zaleski: **Wpływ wstrzykiwań peptonu do żyły na układ krwionośny i inne funkcye organizmu.** *(Rozprawy Akademii umiejętności* — Kraków, 1898). W 36 doświadczeniach, wykonanych na psach, królikach i na kocie, używał autor peptonu Wittego, albumoz, peptonu czystego i białka kurzego w roztworach świeżo przygotowanych.

U psa zauważyć można po średniej dawce peptonu Wittego w ilości 0,0691 grm. na 1 klgr. wagi ciała obniżenie ciśnienia na blizko 15 minut i przyśpieszenie akcyi serca, które po pewnym czasie ustępuje; następne dawki nie mają już prawie żadnego wpływu podczas tego samego doświadczenia, po pewnym jednak czasie zmniejszenie wrażliwości ustępuje zupełnie i zwierzę wraca do stanu prawidłowego. Krzepliwość krwi zostaje powstrzymaną na czas przeszło 4 razy dłuższy od obniżenia ciśnienia i to już pod wpływem dawki 0,0431 grm. na 1 klgr. ciała. Wydzielenie moczu ustaje z powodu zmniejszonej ilości krwi przepływającej przez nerki, a częścią z powodu swoistego wpływu peptonu na komórki nerkowe. Albumozy działają energiczniej od peptonu Wittego, natomiast czysty pepton jakoteż białko w roztworze nie mają wpływu ani na krzepliwość ani na układ krwionośny wogóle. Podobnie do peptonu Wittego działa i krew z psa, której krzepliwość została zmniejszoną, ale na krócej, bo na 10—15 minut.

Na kota i królika pepton Wittego nie ma wybitnego wpływu, natomiast krew peptonowa psa wprowadzona do krwi królika zmniejsza jej krzepliwość, trudno jednak powiedzieć, czy tu ma pepton jaki wpływ, albowiem i sama krew psa odwłókniona zdolną jest wywołać zmniejszenie krzepliwości krwi u królika, nie wpływa natomiast na ciśnienie. Krew królika peptonowa, wprowadzana psu, obniża bardzo znacznie ciśnienie, a akcya serca staje się wolniejszą i nieprawidłowa.

Z doświadczeń tych wysnuwa autor następujące wnioski:

1) zmiany w krążeniu i krzepliwości krwi pod wpływem produktów trawienia zależą prawdopodobnie od obecności tylko albumoz;

2) zmiany w krążeniu są następstwem wpływu na układ nerwowy, zmiany zaś w krzepliwości krwi zależą od zmian wywołanych w samej krwi, nadto zmiany te idą ze sobą w parze, a mianowicie obniżenie ciśnienia powoduje, że ciałka białe a może i płytki Bizzozera przyczepiają się do ścian naczyń, skutkiem czego krew, wypuszczona z tętnicy, uboga w te składniki, nie posiada warunków do tworzenia skrzepu prawidłowego, wytwarza skrzep powoli i najczęściej niedokładny; że zaś powtórne dawki nie oddziałują na układ krwionośny, to należy przypisać szybkiemu przyzwyczajaniu się ustroju do produktów trawienia;

3) w zmianach tych wątroba nie odgrywa żadnej roli, albowiem zmniejszenie krzepliwości występuje i po wyłączeniu wątroby z obiegu krwi. *Dr. Kędzior.*

Stumpf: **Zastosowanie gliny do opatrunków, jako środka bez- i przeciwgnilnego.** *(Münchener medicin. Wochenschrift*, Nr. 46, 1898). Z okazyi sądowej ekshumacyi zwłok w 2 lata po śmierci, miał autor sposobność przekonać się, że zwłoki spoczywające w ziemi wśród warstwy gliny, zostały nadspodziewanie dobrze zachowane. Okoliczność tę przypisał autor działaniu gliny i spróbował użyć jej w postaci suchego proszku, jako środka przeciwgnilnego z powodzeniem przy wrzodach goleniowych, tak dalece posuniętych, że tylko odjęcie kończyny pozostawało do wyboru. Po posypaniu wrzodziejącej powierzchni ustawało natychmiast cuchnienie i zwolna wrzody zaczynały się goić. W dalszych

swych doświadczeniach używał autor gliny pod postacią glinki czyli tlenku glinowego (argilla v. bolus alba). Tak na ranę zeszytą, jak i na powierzchnię ranną posypany proszek glinki (bolus alba) sprowadzał szybkie gojenie się bez najmniejszego śladu odczynu zapalnego i bez wydzieliny. Dzięki tym własnościom wysuszania i pochłaniania wydzieliny uważa autor glinę za środek opatrunkowy przeciwgnilny, wychodząc z zasady, że tam, gdzie brak wilgoci, ustaje działanie drobnoustrojów i niema odczynu zapalnego. Co do samej techniki opatrunkowej podaje autor, że należy używać glinki (argilla) ogrzanej jednorazowo do 150°, ranę należy posypać obficie proszkiem, na to położyć gazę wyjałowioną i opatrunek zewnętrzny. Pierwszy opatrunek w razie obfitej wydzieliny należy zmienić po 24 godzinach. *Ww.*

Weismayr: **W sprawie rozprzestrzeniania się gruźlicy.** *(Wiener klin. Wchs,*, 46, 1898). W. starał się uzupełnić badania Flüggego, według których zakażenie gruźlicą powstaje raczej za pośrednictwem rozpylonej wilgotnej plwociny, wykaszliwanej przez suchotników, niż za pośrednictwem pyłu suchego ulic i mieszkań. W tym celu odpluwając wziętą w usta hodowlę bulionową *bac. prodigiosus*, przekonał się W., że prątki dostają się z kropelkami plwociny bardzo daleko, bo aż na odległość 4 metrów od plującego, a jeżeli powietrze było w ruchu, wykrywał je także w odległości 2 jeszcze metrów z boków i z tyłu. Przy spluwaniu do spluwaczki stojącej na ziemi, znajdowały się prątki w całym słupie powietrza między ustami i podłogą, a także po jego bokach; natomiast nie było ich w powietrzu, jeśli spluwaczkę przybliżono do ust. Na ziemię opadały kropelki plwociny z prątkami dopiero po pół godzinie. Podobnie, jak z jamy ust, mogą unosić się w powietrze prątki i z krtani. Badanie suchotników wykazało, że w ich jamie ustnej zwykle znajduje się bardzo mało prątków gruźliczych, nawet wtedy, gdy jest ich dużo w plwocinie odkrztuszanej z płuc. W każdym razie z doświadczeń tych wynikają następujące praktyczne wskazówki: oczyszczanie jamy ustnej suchotników przez częste płukanie i mycie zębów, zasłanianie ust przy kaszlu ręką lub chustką, umieszczanie spluwaczek nie na podłodze, lecz w wysokości piersi i zastępowanie ich spluwaczkami ręcznemi. *C.*

Schnaper: **O zmianach starczych trąbek Fallopiusza.** *(Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 44, 1898). S. badał jajowody 20 kobiet w wieku 47—90 lat, a materyał otrzymywał częścią przy sekcyi, częścią na drodze operacyjnej. Autor doszedł do następujących wyników: nabłonek wyścielający wnętrze trąbek z wiekiem staje się coraz niższy, przyjmuje cechę komórek śródbłonkowych, wreszcie odpada. W błonie śluzowej występuje bujanie młodej tkanki łącznej, a na powierzchni, w miejscach pozbawionych nabłonka, wytwarza się tkanka ziarninowa, która prowadzi do zlepiania się naprzeciw leżących fałdów. Dzięki temu miejscami światło trąbki ulega całkowitemu zamknięciu. W późniejszych okresach tkanka ziarninowa bliznowacieje. W razie mniejszego bujania ziarniny i braku zlepiania się przeciwległych powierzchni, tylko fałdy błony śluzowej stają się niższe lub zanikają zupełnie. Również i warstwa mięsna ulega zanikowi pod wpływem rozrastania się tkanki ziarninowej i podobny los spotyka także naczynia krwionośne w zakresie błony zewnętrznej (adventitia). Autor przyrównywa cały proces spostrzegany w trąbkach do zmian przy *colpitis senilis*. *Ww.*

Zusch: **Badania bakteryologiczne w krztuścu.** *(Ctblt. f. Bact.*, Tom 24, Nr. 20, 1898). Długi czas napróżno poszukiwano drobnoustroju, będącego przyczyną krztuśca, naprzód pomiędzy bakteryami, później znów pomiędzy pierwotniakami. Dopiero niedawno wpadli równocześnie Czaplewski-Hensel z jednej, a Koplik z drugiej strony na trop, zdaje się, właściwy. Zusch badając dwadzieścia kilka przypadków krztuśca, znajdował stale w plwocinie chorych te same drobne, do prątków grypy podobne, prątki, które opisali tamci badacze. Najważniejszem jest badanie drobnowidowe niebieskawo przeświecających drobnych grudek śluzu, znajdujących się wśród szklistych mas, odkrztuszanych we wczesnych okresach przypadków niepowikłanych. Grudki te najłatwiej odszukać, pozostawiając świeżą plwocinę w spokoju przez $^1/_2$—1 godziny. Przyrządziwszy z nich w zwykły sposób preparaty na szkiełkach nakrywkowych, barwi się zwykłym wodnym roztworem fuchsyny przez $1^1/_2$ do 2 minut. Dobre usługi oddaje także błękit metylenowy Löfflera, gorsze wezuwina i fuchsyna karbolowana. Prątki krztuśca barwią się przy tem postępowaniu silniej na końcach, niż w środku (stąd nazwano je *„Polbakterien"*); są nieco większe i grubsze od prątków grypy, leżą czasem w ciałkach białych, natomiast zwykle swobodnie; niekiedy układają się w krótkie łańcuszki z 3—4 ogniw złożone. Aby otrzymać hodowle, należy wspomniane niebieskawe grudki śluzu przed zaszczepieniem na pożywki opłókać w wodzie wyjałowionej; pożywką dobrą jest agar glicerynowy z dodatkiem cieczy przesączynowej *(„Anasarkaflüssigkeitglycerinagar")*; na zwykłym agarze, agarze glicerynowym i agarze ocukrzonym rosną prątki krztuśca gorzej. Hodowle nie mają swoistych cech charakterystycznych. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Naftalanum. Jest to ciało, otrzymywane przy destylacyi nafty surowej ze źródeł Armenii wyższej, a używano przez ludność tamtejszą przeciw chorobom skóry. Masa czarno-zielona, zapachu ciała nieco przypalonego, zbitości maści, oddziaływania obojętnego, topi się przy 70° C. o c. g. 0·89; nie rozpuszcza się w wodzie i glicerynie, natomiast miesza się łatwo z tłuszczami i olejami i rozpuszcza się szybko w eterze i chloroformie. Znane już były kojące ból, przeciwgorączkowe i przeciwgnilne własności tego leku i dlatego polecano go zamiast używanych dotąd przetworów smoły (jak Ol. Cadinum, ol. Rusci, ol. Fagi) do past i maści. Szczególnie jednak skutecznym okazał się ten środek w oparzeniu, ostrym i przewlekłym wyprysku, figówce, liszajcu zaraźliwym (impetigo contagiosa), świerzbie i innych grzybkowych chorobach skóry; na łuszczycę nie działa zupełnie. Jeżeli więc nie występuje zbyt silny odczyn na skórze, to pociera się odpowiednie miejsce na grubość noża i następnie osłania dobrze watą i opaską, gdyż przystęp powietrza psuje naftalanum. Plamy na bieliźnie usunąć można przepłókaniem naftą, lub benzolem.

α Naphtolum $C_{10}H_7OH$. Kryształki bezbarwne, przypominające zapachem fenol, nierozpuszczalne w zimnej wodzie, mało w gorącej, a łatwo rozpuszczalne w wyskoku, eterze, chloroformie, benzolu i tłustych olejach; topią się przy 94° C., a wrą przy 280° C.

Lek ten, którego przeciwgnilne własności wykazał już przed 9-ciu laty Maxymowicz, znajduje coraz szersze zastósowanie, szczególnie, gdzie chodzi o odkażenie jelita, więc w durze brzusznym, biegunce choleryczenej, cholerze, czerwonce; także w gośćcu stawowym, marskości wątroby (cirrhosis hep.), grypie, odrze, ospie i płonicy. Roztwór 10% α naftolu w oliwie stosuje się w róży twarzy, ospie, płonicy i gruźliczem zapaleniu krtani. Gdzie chodzi o równoczesne wypróżnienie, najlepiej zapisywać:

Rp.: α Naphtoli 2.00
Ol. Ricini 30.00
Ol. Menth. piper gtt. I.
Ds. Wypić na dwa razy w przerwie godzinowej.

W durze brzusznym:
Rp.: α Naphtoli pulv. 4.0
Phenacetini 1.0—2.0
M. f. pulv. Divide in partes aeq. Nr. V.
S. Co 3—4 godzin zażyć proszek.

Maxymowicz dochodzi przy durze brzusznym do 6—8 grm. *pro die.* Zamiast fenacetyny można dać antypyrinę, bromek chininowy, salicylan sodowy i t. d. F. Winkler używa roztworu wysko-

kowego naftolu (*α napht. 5.0 — Alcohol. 100.0*) z dodaniem 0.5—1.0 grm. cukru gronowego, jako odczynnika na wolny kwas solny w żołądku. (Należy kilka kropli mięszaniny odczynnika i soku żołądkowego odparować w wodnej łaźni, na porcelanowej płytce; obecność wolnego kwasu solnego ujawnia się błękitno-fiołkową obrączką, która czernieje wkrótce, jak atrament).

Natrium formicicum purum siccum. $NaCO_2H + H_2O$. Proszek biały, rozpływający się, łatwo w wodzie rozpuszczalny. Rochon twierdzi, że kwas mrówkowy powstrzymuje rozwój hodowli pneumokoków. Że spadkiem więc gorączki u chorego na zapalenie płuc, wytwarza się ten kwas w odpowiedniej ilości. Rzecz naturalna, że można spadek ten przyspieszyć, wprowadzając do ustroju kwas mrówkowy, najlepiej w postaci soli n. p. mrówczanu sodowego, a działanie jego wzmocnić przez podawanie wyskoku, rumu, lub koniaku (10.0—15.0 u dzieci, 60.0 u dorosłych). Nadmienić trzeba, że przy leczeniu tem wystąpić może biegunka i poty.

Zapisuje się:
Rp.: Natrii formicici 0.5—2·0
Aq. menth. piper. 90.0
Syr. simpl. 30.0
Ds. Co 2 godziny zażyć łyżkę stołową.

Dr. Żychoń.

O. Werler (Berlin) zachwala (*Berl. kl. W.* 42, 1898) używanie podanego przez Crédego *Hydrargyrum colloidale*, w postaci przetworów, wyrabianych na polecenie autora: *Unguentum H. c.* do wcierań, zawierające 10% rtęci, łatwo w skórę wchodzące; *solutio H. c.* 1—2% roztwór wodny barwy brunatnej, do wstrzykiwań podskórnych; *pillulae H. c., 0,3 H. c.* na 30 pigułek, do użycia wewnętrznego; *tablettae H. c.*, zawierające 1,0 grm. czystego *H. c.*, do kąpieli; *emplastrum H. c.* do użycia zewnętrznego. *F. K.*

Radenstock (Drezno) występuje (*Ther. Mon.* 10. 1898), przeciwko podawaniu jodu wewnętrznie w małych dawkach, a twierdzi, opierając się na zdaniu wielu autorów i swojem doświadczeniu, że tylko duże dawki jodku potasowego (nawet 10—20 grm. dziennie) rzeczywisty skutek wywierać mogą. Zaleca więc 3,0 jod. pot. na dawkę, 3—4 razy dziennie, rozpuszczone w dużej szklance wody, mleka lub jakiejś szczawy alkalicznej; szczególny nacisk zaś kładzie na tę dużą ilość płynu, użytego do rozpuszczenia jodu, gdyż wedle jego zdania nawet duże dawki, w ten sposób użyte, na przewód pokarmowy szkodliwie nie działają. Zamiast jodku potas. podaje nalewkę jodową, 3 razy dziennie po 10—20!—30! kropli, lub roztwór Brown-Séquarda: *Rp. Jodi pur. 0,4 Kali jodat. 2,0 Aqu. dest. ad 50 0.* S. 3 razy dziennie łyżeczkę w szklance rozcieńcz. wina czerwon. zażyć przed jedzeniem. *F. K.*

Leczenie chininą dławca rzekomego zaleca Dr. Llewellyn Hall. Podaje on ten lek w dawce małej, po 0,03—0,06 dziecku 2—5-letniemu, z początku co godzina, a począwszy od 4-tej dawki co 2 godziny po proszku. Autor ten zapewnia, że objawy chorobowe szybko ustępują, a gdyby wystąpiły wymioty przy pierwszych proszkach, to nie należy się zniechęcać, gdyż przy dalszem używaniu następuje tolerancya żołądka i lek dziecko znosi. *Kw.*

Leczenie odry maścią ichtyolową (1:4) zaleca Dr. Strizower: radzi on uciec się do tego leku w przypadkach epidemii złośliwej i w razach, jeśli z powodu wielkiego osłabienia dziecka, wskazanem jest skrócenie trwania choroby. Maść należy stosować rano i wieczorem: użyta przy pierwszych oznakach osutki powstrzymuje dalszy rozwój objawów zakaźnych; gdy jednak osutka już wystąpi na całem ciele, a objawy oskrzelowe wystąpią w całej pełni, zastósowanie maści ichtylowej sprowadza po 1 lub 2-giem posmarowaniu spadek ciepłoty do stopnia prawidłowego, osutka blednie i znika. W ciągu 4 lub 5 dni chory wraca do zdrowia, a ciepła wanna oczyszcza skórę z brudnej i nieprzyjemnego zapachu maści. *Kw.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 9 grudnia, 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 52.

1. Przewodniczący przedstawia nowego członka Sekcyi, kolegę Dra Felsa.

2. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia 21-letniego chorego z łuszczycą ogólną (Psoriasis vulgaris universalis), którą z powodu rzadkiego nietypowego przebiegu w początkach jej wystąpienia trudno było rozpoznać. Sprawa zajęła *folikuły* na większej przestrzeni skóry, powodując około nich wytworzenie się blado-czerwonych, dosyć miękkich guzków. W dalszym przebiegu pokryły się te guzki całą masą zrogowaciałego przyskórka w postaci stożkowatych czopków. Obraz ten chorobowy był początkowo wielce podobnym do spraw innych, a mianowicie do *Keratosis follicularis* i do *Lichen ruber acuminatus.* Dopiero dalsze rozszerzenie się nacieklych guzków aż do ich spłynięcia się i wytworzenia rozległych nacieków typowej łuszczycy na głowie, tułowiu i kończynach, wyjaśniło sprawę chorobową w tym przypadku, chociaż zawsze jeszcze na karku i po nad zgięciami można widzieć skórę chropawą (skutkiem odgraniczenia poszczególnych guzków), robiącą przy dotknięciu wrażenie zgrzebła. Także na skórze palców rąk, prącia i worka mosznowego znajdują się te guzki, pokryte jak gdyby rożkami z przyskórka. Skóra wzgórka łonowego wykazuje również rozlany naciek, który powstał ze spłynięcia opisanych guzków, usadowionych dookoła włosów. Podobny przypadek opisał Neumann w r. 1892, jako *Pityriasis rubra pilaris* (Arch. f. Derm. u. Syph. XXIV Jahrg), przedstawiwszy go poprzednio w Tow. derm. wiedeń. jako *Lichen ruber acuminatus.* W końcu jednak rozwinął się w tym przypadku typowy obraz *Psoriasis vulgaris.* Kaposi zaś kazał zrobić odlew gipsowy z podobnego przypadku.

Kol. Doc. Barącz demonstruje (w uzupełnieniu obrazów rzadszych postaci chorób skórnych) fotografie 2 przypadków wilka, postaci, znanej pod nazwą *lupus hypertrophicus.*

Jeden przypadek dotyczy dziewczyny 21-letniej z guzowatą (brodawkowatą) postacią wilka, zajmującego kończynę dolną prawą i części rodne (wargi większe, mniejsze i łechtaczkę) i wzgórek łonowy. Obrzęk części rodnych dochodził do wielkości jaja strusiego. Chora dotknięta była znacznem charłactwem. Jako najodpowiedniejsze leczenie w podobnych przypadkach uważa kol. B. wycięcie guzów w zdrowem utkaniu i zeszycie ubytków, lub transplantacyę skóry sposobem Thierscha.

Drugi przypadek dotyczy 5-letniego chłopca z wrzodziejącą postacią *lupus hypertrophicus* na nosie.

4. Kol. Krzyszkowski przedstawia preparaty, dotyczące zmian chorobowych w układzie naczyniowym tętniczym — a mianowicie:

a) Serce dwu i pół miesięcznego dziecka; naczynia wieńcowe tego serca rozszerzone, ściana ich zgrubiała, światło wypełnione przylegającymi skrzepami krwi, około naczynia tu i owdzie białawe guziczki. Guziczki te, jak preparaty histologiczne, nastawione pod mikroskopem, pouczają, są drobniutkiemi tętniczkami o ścianie, znacznie zajętej naciekiem zapalnym. Kol. Krzyszkowski podnosi wielką rzadkość tej zmiany, rozpoznanej jako »Periarteriitis nodosa«. Ze znanych dotychczas pięciu przypadkach zmiany te dotyczyły w większym lub mniejszym stopniu prawie wszystkich tętnic, tu są zaś zlokalizowane li tylko do naczyń wieńcowych. Etyologia nieznana. Przypadek będzie ogłoszony w »Przeglądzie Lekarskim«.

b) Ujście tętnicze lewe. Jedna z zastawek półksiężycowych dotknięta zmianą »Aneurysma parasitarium mycoticum«, tętniak wielkości orzecha laskowego.

c) Tętnica płucna w ścianie przewlekłej jamy gruźliczej, dotknięta zmianą »Aneurysma parasitarium tuberculosum«. Tętniak ten, wielkości orzecha włoskiego, wypełniony wewnątrz cebulastymi skrzepami.

d) I dodatkowo jelito ślepe z 86-letniej kobiety, a w niem, w warstwie podśluzowej, liczne rozsiane ograniczone tłuszczaki.

5) Kol. Doc. Schramm wypowiada »kilka słów o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego« (appendicitis).

Nad powyższym wykładem wywiązała się obszerna dyskusya.

Kol. Barącz jest zdania, że wiele przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego kończy się niekorzystnie wskutek zbyt późnej interwencyi chirurga. Osobliwie groźną jest postać tak zw. *appendicitis perforativa gangraenosa* i ta wymaga natychmiastowej operacyi, gdyż ogólne zapalenie otrzewnej występuje tu zazwyczaj już od początku napadu. Jako charakterystyczne objawy tej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego podaje kol. B.: silny zapad chorego, przyspieszenie tętna, niestosunek tętna do ciepłoty, naciek z trudnością dający się wykazać, znaczną bębnicę. Kol. B. stracił 2 podobne przypadki, w których operacyę, wskutek postanowienia internisty, wykonał zapóźno, 3-go, a wzgląd. 6 go dnia. W jednym znalazł wyrostek robaczkowy

w okresie zgorzeli, w drugim nie szukał za nim; w obu ogólne zapalenie otrzewnej wystąpiło odrazu; w obu należało natychmiast operować!

Wreszcie zwraca uwagę na odmienne i charakterystyczne objawy, wśród których przebiega tak zw. *Appendicitis* i *perityphlitis actinomycotica*. Przypadek podobny wyleczony przedstawił kol. B. w Tow. Lekar. w roku 1891; do ostatecznego wyleczenia przyczyniło się energiczne stosowanie kamienia piekielnego, który ma swoisty i wybitny wpływ korzystny na promienicę wogóle.

Kol. Prof. Gluziński w obszernem przemówieniu streszcza swe zapatrywania w sposób następujący: Najważniejszem jest rozpoznanie, bo tam, gdzie jest przedziurawienie, każdy na operacyę zgodzić się musi. Przypadki z wypociną (exudatem) wykazalną radziłby leczyć nieoperacyjnie; tam zaś gdzie wypociny wykazać nie można wskazaną jest operacya.

W przypadkach przewlekle przebiegających byłby za operacyą, ale w okresie po przebytym już napadzie.

Kol. Prof. Ziembicki, mimo, iż nie widział złego wyniku przy leczeniu nieoperacyjnem, sądzi, że należy operować i tam, gdzie jest ropienie i tam, gdzie napady się powtarzają, bo rokowanie bywa wtedy bardzo dobre.

Kol. Prof. Prus jest za operacyą w okresie wolnym od napadu, bo chory wówczas prędzej na nią się zgodzi.

Kol. Doc. Wehr, identyfikując swe zapatrywania z wywodami prelegenta, wnosi zamknięcie dyskusyi.

Po przyjęciu powyższego wniosku przemawiali jeszcze koll. Barącz, Gluziński i Schramm. Kol. Barącz potwierdza — na podstawie spostrzegania w 2 wspomnianych przypadkach — słuszność twierdzenia kol. Gluzińskiego, że wobec małego nacieku przy pierwszym napadzie sprawa jest groźną, gdyż w obu tych przypadkach rozchodziło się o pierwszy napad.

Sekretarz:
Dr. Hojnacki.

VII. Korespondencya.

Warszawa, w grudniu.

Kiedym w czerwcu żegnał się z czytelnikami *Przeglądu*, wrzały u nas przygotowania do Zjazdu poznańskiego, który się zapowiadał tak świetnie. Kto mógł, śpieszył z wykończeniem odczytu lub preparatów, a ci, którzy udziału w Zjeździe wziąć nie mogli, tłumnie spieszyli zapisywać się na członków, ażeby w sposób materyalny zaznaczyć swoje współczucie dla Zjazdu. Nie pamiętam żeby jaki Zjazd lekarski obudził tyle gotowości i zapału.

Jak wiemy, rozbiło się to wszystko o brutalne rozporządzenie pruskiego policyanta, który z iście krzyżacką przewrotnością, w ostatniej dopiero chwili swą łapę na Zjazd położył. I to się dzieje w państwie parlamentarnem, które ma pretensyę do hegemonii duchowej nad światem! Protest Komitetu wydał nam się bladym i słabo umotywowanym. Pan minister zdaje się tego protestu nie czytał, bo w odpowiedzi swojej uwzględnił tylko plotki prasy zagranicznej, a nie zapewnienia Komitetu.

Przebolelismy tę przykrość i obelgę, jak tyle innych i wzięliśmy się do roboty. Syzyfowa praca!

Uwagę naszego świata lekarskiego pochłania w chwili obecnej nowo utworzone Towarzystwo Higieniczne. Co się z tego niemowlęcia rozwinie, napewno jeszcze w tej chwili powiedzieć nie można; ale są znaki, z których wnosić można, że z instytucyi tej spłynie na kraj i społeczeństwo niewątpliwy pożytek. Liczba członków Towarzystwa z każdym dniem wzrasta. Ogół bardzo się nowem Towarzystwem zainteresował, czego dowodem jest zapisywanie się na członków nie tylko lekarzy, ale i ludzi należących do innych specyalności, jak inżynierów, techników, prawników, literatów, księży. Pisma codzienne dają zawsze szczegółowe sprawozdania z posiedzeń i chętnie każdą myśl, poruszoną w Towarzystwie, popularyzują, co w sprawach higieny jest rzeczą pożądaną. Towarzystwo higieniczne podzieliło się na wydziały (sekcye), które już odbyły swoje posiedzenia organizacyjne i zarysowały swoją działalność. Z wyboru ludzi i z planów robót sekcyjnych jesteśmy zadowoleni i mamy jak najlepsze nadzieje na pożyteczną działalność Towarzystwa. W porządku chronologicznym najpierwsza obradowała Sekcya higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych (przewodniczący H. Dobrzycki, sekretarz A. Puławski). Na porządek dzienny wysunięto przegląd naszych zdrojowisk i stacyj klimatycznych, oraz warunki higieniczne mieszkań letnich. Zamiarem Sekcyi jest zrobić powyższy przegląd w obecności lekarzy zdrojowych i wyrazić *desiderata*, mające na celu ulepszenie tych miejscowości pod względem sanitarnym. Na drugiem posiedzeniu tej Sekcyi kol. A. Sokołowski mówił o Ojcowie, któremu przyznał wiele warunków dobrej stacyi klimatycznej, wykazując zarazem jej braki, dające się usunąć lub poprawić (budowanie bez planu w najgorszej części Ojcowa, złe drogi, niewygodne mieszkania itd.). Na temże posiedzeniu kol. K. Chełchowski poruszył bardzo obszerny temat o wspólnych interesach naszych miejscowości leczniczych, dowodząc między innemi potrzeby wydania „oryginalnej balneologii polskiej“, uwzględniającej wyczerpująco wszystkie miejscowości lecznicze polskie. Balneologia, u nas zwłaszcza, stoi tak nizko, że młodsi lekarze dowiadują się o miejscowościach leczniczych na konsultacyach ze starszymi lekarzami, lub od publiczności. Profesorowie nasi wspominają tylko o miejscowościach, które są wciągnięte do podręczników obcych, gdzie nasze zakłady lecznicze są uwzględnione bardzo niedostatecznie. Chełchowski proponuje, ażeby, wypracowawszy odpowiednie informacye, postarać się o ich umieszczenie w podręcznikach zagranicznych. Tenże mówca nawołuje lekarzy zdrojowych do solidarności w przeprowadzaniu reform w zdrojowiskach naszych, mając na względzie tę okoliczność, że nasze miejscowości lecznicze, z wyjątkiem Buska i Ciechocinka, które należą do rządu, mogą liczyć tylko na siebie. Za wzór pod tym względem stawia Chełchowski Galicyę i radzi rozpatrzyć się szczegółowo w pracach galicyjskiej Komisyi balneologicznej. Przewodniczący tej Sekcyi, kol. Dobrzycki, weźmie udział w pierwszym Zjeździe balneologów w Petersburgu, gdzie przedstawi referat „O konieczności prawodawstwa sanitarnego dla miejscowości leczniczych w państwie rosyjskiem“. Na Zjazd ten udają się również kol. Polak i Bartoszewicz.

Sekcya higieny ludowej (przewod. Chełchowski, sekretarz Jakimiak) ma się zająć najpilniejszemi sprawami, któreby się dały odrazu wprowadzić na drogę praktyczną. Za taką sprawę przewodniczący uważa szczepienie ospy, która u nas wiecznie grasuje i daje duży odsetek śmiertelności. Mamy więc wytępić w kraju ospę, a to przez jaknajszersze rozpowszechnienie szczepienia ospy ochronnej i rewakcynacyi. Byłaby tą rzetelna zasługa Towarzystwa wobec naszego społeczeństwa. O ile wiemy, kol. Polak posiada już gotowy projekt obowiązkowego szczepienia ospy, który ma przedstawić w Towarzystwie higienicznem w Petersburgu (Obszczestwo narodnawo zdrawia).

Wydział biologiczny (przewodniczący H. Nusbaum, sekretarz Kuczyński) zajmie się wyświetleniem i spopularyzowaniem najważniejszych zagadnień teoretycznych, których zastósowanie praktyczne będzie przedmiotem prac innych sekcyj. Program ogólny prac wydziału wypracuje kol. Nusbaum. Towarzystwo farmaceutyczne ofiarowało Sekcyi swój lokal na posiedzenia i pracownię.

Wydział higieny wychowawczej (przewodniczący ksiądz Gralewski, sekretarz. kol. Piotrowski) zajmie się higieną szkół elementarnych. Kol. Doliński i St. Markiewicz przedstawią Sekcyi wykład popularny, obejmujący przepisy przewietrzania sal szkolnych. Wykład ten będzie rozesłany nauczycielom szkół początkowych.

W wydziale higieny miast i mieszkań (przewodniczący inż. Matecki, sekretarz kol. Tchórznicki)

kol. J. Polak przedstawi referat o brukach pod względem higienicznym.

Wydział higieny szpitali (przewodniczący kol. T. Dunin, sekret. kol. Męczkowski) uznał za najważniejszą w chwili obecnej sprawę gruźlicy i uzdrowisk dla suchotników. Odpowiedni referat ma przedstawić kol. Dunin. W sprawie tej zrobiliśmy już pewien krok naprzód, gdyż kol. Gejsler w Otwocku otworzył bardzo przyzwoite sanatoryum dla chorych na gruźlicę. Jest to jednak zakład dostępny dla chorych zamożniejszych (lubo wcale nie drogi). Tow. hig. chce się starać o sanatorya dla chorych najbiedniejszych, ażeby z czasem gruźlicę zupełnie usunąć ze szpitali ogólnych. O ile mi wiadomo, sprawa ta jest już na bardzo dobrej drodze.

W wydziale higieny zawodowej (przewodniczący L. Babiński, sekretarz kol. A. Śmiechowski) będzie omawiana szczegółowo sprawa pomocy lekarskiej w fabrykach. Referat odnośny ma przedstawić kolega Łazarowicz.

Jak widzicie wszystkie sekcye zakreśliły już jasno pole swojej działalności. Wybrano sprawy palące, dostępne, zabrano się do roboty z zapałem. Wszystkie nasze pisma lekarskie obiecały umieszczać obszerne sprawozdania z posiedzeń sekcyjnych: będzie więc stała kontrola publiczna całej działalności Towarzystwa. Towarzystwo powstało pod szczęśliwą gwiazdą. Na samym początku spotkała je propozycya nader oryginalna, która może się okazać doniosłą w skutkach. Znany filantrop baron de Lenval, któremu miasto zawdzięcza już dom sierot po robotnikach, wystąpił za pośrednictwem kol. Benniego, do Tow. hig. z propozycyą utworzenia „Instytutu higieny dziecięcej". Celem tego Instytutu, według projektodawcy, ma być „wszczepianie w dzieci praktycznie zasadniczych podstaw higieny, a tem samem krzewienie i rozpowszechnianie takowych w ludności w tem przekonaniu, że tylko młode pokolenie, przyswoiwszy je sobie na dobre, przenosić je będzie mogło; starszych bowiem ludzi jest trudno wogóle czegoś nauczyć". W Instytucie dzieci mają znaleźć: 1) kąpiele i wskazówki praktyczne do utrzymania czystości ciała; 2) poradę lekarską w chorobach przypadkowych i przewlekłych; 3) bieliznę i jej pranie; 4) wykłady popularne (dla starszych dzieci i matek) o pielęgnowaniu zdrowia. Baron de Lenval poparł swój projekt hojną ofiarą *90,000 rubli* (*60,000* na wybudowanie gmachu *30,000* na utrzymanie Instytutu). Projekt ten, opracowany w specyalnej komisyi, został przedstawiony Towarzystwu, które zapewne nie omieszka korzystać z projektu i hojnej ofiary. Byłaby ta instytucya pożyteczna i bodaj czy nie jedyna w Europie.

Wogóle powiał na nas orzeźwiający duch córy Eskulapa—Higiei. Kol. Polak, niestrudzony pracownik i szczęśliwy inicyator na polu higieny, wystąpił z odczytem, w którym dowodzi potrzeby wprowadzania wykładów higieny w Politechnice Warszawskiej. Potrzebę tę potwierdziła wybrana *ad hoc* Komisya, wysadzona z łona Sekcyi technicznej Towarzystwa popierania rosyjskiego przemysłu i handlu i kto wie, czy projekt ten nie zostanie uwzględniony przez Władzę.

Mówiąc o higienie, nie podobna mi przemilczeć o niezmiernie ciekawem studyum, napisanem przez p. Zdzisława Kowalskiego, studenta Wydziału lekarskiego p. t. „Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu Warszawskiego" (*Zdrowie*: paźdź. listopad i grudzień). Autor, według rozpisanego kwestyonaryusza, zebrał dane, tyczące się 300 studentów ze wszystkich wydziałów. Dane te odnoszą się do stanu zdrowia, warunków ekonomicznych, wpływu szkół i wychowania i wogóle całego bytu studenckiego (sporty i przyjemności, odżywianie, praca, wpływ uniwersytetu itd.). Niestety, młodzież nasza, według tej statystyki, przedstawia się smutnie, — zdenerwowana, przepracowana, zjadana przez ciężkie warunki życia i.. choroby weneryczne, daleka od ideału *mens sana in corpore sano.*

Może Ten najbardziej promienny z promienistych, który stoi już wśród nas, patrzy na nas i błogosławi, uzdrowi tę naszą młodzież i, jak nam wszystkim, doda sił i serca w tej codziennej walce, z której powinniśmy zawsze wynieść nieskalany nasz pióropusz biały.

Prawdzic.

VIII Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Sprawozdanie z szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w r. 1898.

W roku tym szczepiono ogółem 285 pokąsanych.

Z liczby tej zmarło na wodowstręt 2 osoby.

Wykaz liczbowy tych 285 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania:	A.	B.	C.	D.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	4	12	5	—	21
w kończyny górne	30	94	54	1	179
w kończyny dolne i tułów . .	10	58	17	—	85
w ciało gołe	35	110	44	1	190
przez ubranie	9	54	32	—	95
Liczby ogólne	44	165	76	1	285

Uwaga: Rubryka A. oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły próbne szczepienia cząstki ich mózgu na królikach, lub też śmierć na wodowstręt osób przez nie pokąsanych.

B. — przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska.

C. — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, i

D. — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, zaszczepione jednak cząstką ich mózgu króliki nie padły na wściekliznę.

Zwierzęta kąsające były:
w 265 przypadkach psy,
„ 16 „ koty,
„ 3 „ konie i
„ 1 „ krowa.

Próbnych szczepień celem stwierdzenia wścieklizny u zwierząt podejrzanych wykonano 23.

Kraków, dnia 1. stycznia 1899.

O. Bujwid.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu grudniu 1898.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 43 osoby; w liczbie tej 14 pozostałych w leczeniu z listopada i 9 pozostających nadal w leczeniu na miesiąc styczeń 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 43 osób, ze względu na rodzaj pokąsania.

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	1	1
w kończyny górne	5	18	13	36
w kończyny dolne i tułów	—	4	2	6
w ciało nagie	5	19	13	37
przez ubranie	—	3	3	6
Liczby ogólne	5	22	16	43

Zwierzęta kąsające były: w 39 przypadkach psy
i w 4 „ koty.

Kraków, dnia 1 stycznia 1899.

O. Bujwid.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 12 stycznia 1899 r.

Przed kilkoma dniami została otwartą w Krakowie fabryka sztucznego lodu. Ze względu na zdrowie mieszkańców, którzy używali dotąd lodu zanieczyszczonego, pochodzącego ze stawów podmiejskich, Wisły i Rudawy, wyrabianie lodu z czystej wody od dawna było bardzo pożądanem. Wiadomą jest rzeczą, że zamrażanie nie niszczy zarazków; liczni też badacze znajdowali w lodzie wszystkie te zarazki, jakie w wodzie zawierać się mogą. Obecnie fabryka winna być dostarczycielką lodu wszędzie, gdzie może on być użyty do chłodzenia pokarmów i napojów, Magistrat zaś nie powinien dopuszczać brania lodu zanieczyszczonego, jak się to dotąd praktykowało wobec braku czystego. (B.)

* Prezesem Towarz. lekar. warszawskiego wybrany został Dr. Stanisław Markiewicz, wiceprezesem Dr Henryk Nussbaum.

* Wileńskie Towarz. lekar. wybrało na prezesa Dra Jana Wyzgę, na wiceprezesa Dra Ignacego Strzemińskiego, na sekretarzy: Dra L. Czarkowskiego i Dra F. Świeżyńskiego.

* Redakcyę lwowskiego »Przeglądu weterynarskiego«, po zrzeczeniu się tego stanowiska przez Prof. Dra Szpilmana, objął Prof. St. Królikowski.

* P. Kurator szpitala Dz. Jezus w Warszawie przedstawił Radzie miejskiej projekt otworzenia poza granicami miasta sanatoryum dla chorych, dotkniętych gruźlicą. Rada miejska projekt przyjęła i prosiła p. Kuratora o wybranie Komisyi, którąby opracowała szczegóły projektu i zajęła się wynalezieniem środków dla założenia takiego sanatoryum. („Medycyna“, Nr. 1).

* W m. maju (23—27) b. r. zbierze się w Berlinie pod przewodnictwem kanclerza Hohenlohe Międzynarodowy Kongres w celu obmyślenia środków dla zwalczania gruźlicy. Pięć sekcyj Kongresu ma roztrząsać następujące zagadnienia, dotyczące gruźlicy: 1) szerzenie się jej, 2) etyologia, 3) zapobieganie, 4) leczenie, 5) sanatorya. Po krótkiem wyłożeniu bieżących zapatrywań na każde z wymienionych zagadnień, nastąpią obszerne rozprawy, którym zamierzono pozostawić szerokie pole. Kongres niema być ściśle lekarskim: każdy obywatel, interesujący się tą sprawą, może być członkiem. Rządy będą uwiadomione o celu tego Kongresu i proszone o wysłanie delegatów.

Gdy sprawa walki z gruźlicą ma jeszcze w Niemczech cechę teoretyczną, Anglicy przystępują już do czynu społecznego. Na wezwanie i pod przewodnictwem księcia Walii odbyło się w Londynie zgromadzenie, w celu rzucenia podwaliny pod wielkie stowarzyszenie narodowe, mające za jedyny cel zapobiegać szerzeniu się gruźlicy.

W przemówieniu wstępnem zaznaczył Prof. Broadbent, że w Anglii rocznie umiera 60,000 ludzi z gruźlicy.

Cel wspomnianego stowarzyszenia ma być trojaki:

1) Oświecić ogół i pouczyć go o środkach zapobiegawczych przeciw szerzeniu się gruźlicy, wskazując na niebezpieczeństwo zarażenia się od osób. chorych na gruźlicę.

2) Zniszczyć gruźlicę u zwierząt.

3) Dążyć do zakładania sanatoryów na wolnem powietrzu dla chorych gruźliczych.

Godząc się w całości na cel Stowarzyszenia przeciwgruźliczego, oświadczył Lord Salisbury, że rozsądniej będzie nadać mu cechę prywatną, bez wszelk ej domieszki rządowej i ustawodawczej. W sprawach lekarskich, rzekł on, bezpieczniej jest unikać czynników ustawodawczych. jak to pouczyły niedawne przykłady (przymówka do uchwały, znoszącej przymusowe szczepienie krowianki). Lepiej jest przekonać hodowców o pożyteczności rozpoznawczych szczepień tuberkuliną, aniżeli narzucać im drogą prawa ten obowiązek.

Po tych słowach oświadczył książe Walii, że królowa Wiktorya zarządziła rozpoznawcze szczepienia tuberkuliną w jednym ze swych folwarków i stwierdzono tą drogą gruźlicę u 36 krów, które natychmiast zabito.

— Szanowny Zarząd krakowskiego Towarzystwa ginekologicznego raczył ofiarować Bibliotece Tow. lek. krak. kilkadziesiąt roczników czasopism niemieckich. Za dar ten składam Szanownemu Zarządowi, oraz kol. Dr. Dobrowolskiemu, który dar ten wyjednał, uprzejme podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Zamierzając wkrótce podać do wiadomości ogólnej spis czasopism, któremi rozporządza Biblioteka Tow. lek. krak., pragnę przedtem zbiór ten ile możności uzupełnić. Dlatego też zwracam się do tych kolegów, którzy jeszcze bibliotece darem luźnych zeszytów lub całych roczników czasopism w pomoc przyjść postanowili, z usilną prośbą o nadesłanie darów (poczęści już przyrzeczonych) do »Collegium medicum« przed upływem 2 tygodni, a o ile możności bezzwłocznie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Dzienniki donoszą, że rząd rosyjski zamierza założyć w Merwie zakład do badania zimnicy.

* W New-Jersey istnieje »stowarzyszenie przeciw całowaniu się«. Zabiegom jego przypisać należy, że z powodu panującej tam złośliwej grypy, rząd Stanu New Jersey zakazał obywatelom całowania się, aż do wygaśnięcia epidemii.

* Powątpiewając zapewne, ażeby międzynarodowa konferencya pokoju osiągnęła cel zamierzony, prof. Esmarch pragnąłby chociaż w szczuplejszym zakresie wyzyskać położenie, stworzone listem cesarza rosyjskiego. Ze względu na to, że szybkostrzałowa broń rani tak wielką liczbę żołnierzy i że personal lekarski i felczerski nie jest w stanie opatrzyć wszystkich w czasie właściwym, proponuje Esmarch, ażeby każdy żołnierz był ćwiczony w sztuce felczerskiej i posiadał niezbędne do tego przybory. Prócz tego proponuje prof. Esmarch, ażeby każdy żołnierz był należycie pouczony o ustawach konwencyi genewskiej, a to w celu ochrony, należącej się lekarzom i rannych. Nakoniec pragnąłby prof. Esmarch, ażeby konwencya międzynarodowa postanowiła, że kule karabinowe mają być tylko małego kalibru i osłonięte metalową z kruszcu twardego pochewką, a to w celu, ażeby uniknąć raz nazawsze kul *dum-dum*, wywołujących straszne zniszczenie.

* Dr. Kobert, niegdyś profesor w Dorpacie, następnie kierownik zakładu dla piersiowych chorych w Gerbersdorfie, otrzymał wezwanie do zajęcia katedry farmakologii w Rostoku.

Mianowania. Prof. nadzw. fizyologii w Uniw. odeskim, Dr. Werybo, mianowany został profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. Dr. Antoni Poniatowski zmarł w Moskwie, w 80 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 53: Dra Dukalskiego Z.: Przypadek ciąży zamacicznej śródmiąższowej. Dra Jaworskiego J.: Przypadek porażenia nerwu twarzowego u małego dziecka. Dra Hermana: O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stosowania (dok). W *Medycynie* Nr. 53: Prof. Rydygiera: Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. Dra Solmana T.: Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit (dok.). Dra Rosenthala H.: Kilka słów o euchininie. W *Medycynie* Nr. 1: Dra Leśniowskiego A.: Obrażenia przewodu piersiowego. Dra Kopczyńskiego St.: Bezład dziedziczny, czyli choroba Friedreicha. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 1: Dra Pawińskiego: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej. Prof. Rydygiera: Bottiniego sposób leczenia przerostu gruczołu krokowego wyjątkowo może się stać jednak niebezpiecznym. Dra Stankiewicza Cz.: Cięcie cesarskie sposobem Fritscha.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie administracyjne w dniu 18 Stycznia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum*, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

Sprawozdania: z czynności Towarzystwa, Komitetu i poszczególnych Komisyj w r. 1898.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 8 stycznia 1899 roku następujące datki: Prof. Browicz 10 złr.; Prof. Jaworski 10 złr.; Prof. Kostanecki 15 złr.; Dr. G. Malinowski z Czernichowa 3 złr.; Dr. W. Smolarski z Krakowa 3 złr.; Dr. A. Sołowij ze Lwowa 5 złr.; Dr. J. Surzycki 5 złr.; Dr. P. Seifman, dyrektor szk. weter. 3 złr.; WP. Wł. Iwański, urzędn. Dyr. kol. państw. w Krakowie 5 złr. — **razem z poprzednimi złr. 207.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

W celu obsadzenia **dwu posad c. k. koncepistów sanitarnych** z systemizowanymi poborami X. klasy rangi w galic. służbie zdrowia rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 20 stycznia 1899 r.

Kandydaci winni wnieść swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi po myśli rozporządzenia ministeryalnego z 21 marca 1873 Dz, pr. p. Nr. 37 oraz w dowody znajomości języków krajowych do Prezydyum c. k. Namiestnictwa w wyznaczonym terminie, a mianowicie kompetenci będący w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, a inni przez właściwe c. k. Starostwa, we Lwowie zaś i w Krakowie przez miejscową c. k. Dyrekcyę policyi.

Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

OBWIESZCZENIE.

Rada wyznaniowa Gminy izraelickiej w Krakowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza domowego przy szpitalu izraelickim w Krakowie, z płacą roczną 300 złr. (trzysta złotych wal. austr.) i z wolnem mieszkaniem w gmachu szpitalnym.

Posada ta nadaną będzie na dwa lata. Pierwszeństwo mieć będą kompetenci posiadający znajomość badań chemiczno-bapteryologicznych.

Ubiegający się o tę posadę wnieść zechcą oferty swe do biura Rady wyznaniowej Gminy izraelickiej do dnia 31 stycznia b. r. włącznie w godzinach urzędowych.

Kraków, dnia 4 stycznia 1899.

Prezydent Gminy izraelickiej *Horowitz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.